

верно чаще встречалось у матерей новорожденных с дыхательными нарушениями, чем в контрольной группе (41,5% и 17,7%, соответственно). Таким образом, при многоводии также повышен риск развития дыхательных нарушений более чем в 2,5 раза.

Анализируя подгруппу детей с врожденной пневмонией, обнаружено, что эти новорожденные достоверно чаще находились в мекониальных околоплодных водах по сравнению с группой здоровых. Известно, что при внутриутробной антенатальной и/или интранатальной гипоксии у плода возникает спазм сосудов брыжейки, происходит усиление перистальтики кишечника и расслабление анального сфинктера. Обнаружение мекония в околоплодных водах является показателем страдания плода от гипоксии. Наличие у матери кольпита во время беременности увеличивает риск внутриутробного инфицирования и развития дыхательных нарушений у ребенка.

Исходя из вышеприведенных данных, можно сделать вывод, что на формирование дыхательных нарушений у новорожденных влияет комплекс факторов, наибольшей значимостью из которых обладает родоразрешение путем кесарева сечения, хроническая внутриутробная гипоксия плода, хроническая фетоплацентарная недостаточность, многоводие, кольпит во время беременности у матери, а на развитие врожденной пневмонии - мекониальные околоплодные воды.

#### **Литература:**

1. Неонатология : нац. рук. / под ред. Н.Н. Володина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 749 с.
2. Геппе, Н.А. Новая рабочая классификация бронхолегочных заболеваний у детей / Н.А. Геппе, Н.Н. Розина, И.К. Волков // Доктор Ру. – 2009. – № 2. – С. 7–13.
3. Barton, L. Causes of death in the extremely low birth weight infant / L. Barton, J.E. Hodgman, Z. Pavlova // Pediatrics. – 1999. – Vol. 103, № 2. – P. 446–451.
4. Stoll, B.J. Very low birth weight preterm infants with early onset neonatal sepsis: the predominance of gram-negative infections continues in the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network, 2002-2003 / B.J. Stoll, N.I. Hansen, R.D. Higgins // Pediatr. Infect. Dis J. – 2005. – Vol. 24, № 7. – P. 635–639.
5. Черняховский, О.Б. Внутриутробные инфекции у новорожденных, факторы риска / О.Б. Черняховский, И.В. Абрамова, О.Л. Полянчикова // Рос. Вестн. перинатологии и педиатрии. – 2009. – № 1. – С. 80–88.
6. Popovich, D.M. Practitioner care and screening guidelines for infants born to Chlamydia-positive mothers / D.M. Popovich, A. McAlhany // NBIN. – 2004. – Vol. 4. – P. 1–9.

## **ОЦЕНКА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ С ВНУТРИУТРОБНЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ**

***Косенкова Е.Г., Лысенко И.М., Баркун Г.К.***

**УО «Витебский государственный медицинский университет»**

**Актуальность.** Нервно-психическое развитие детей является важным показателем психического и соматического здоровья [1]. Адекватная и своевременная оценка нервно-психического развития детей позволяет выявить ранние отклонения в состоянии здоровья и выделить значительную группу детей (до 10%) с глубокими множественными проявлениями отставания в развитии, а также осуществлять прогностические исследования.

По данным ВОЗ, каждый 20-й ребенок имеет те или иные отклонения в развитии, требующие специальных медицинских и педагогических мероприятий. Среди этих детей 60% составляют больные с поражениями нервной системы, возникшими в перинатальном периоде [2,4]. Тяжело больной ребенок является причиной значительных моральных и материальных затрат со стороны семьи и общества [3]. Другие расстройства, менее тяжелые, проявляющиеся нарушениями речи, внимания, памяти, поведения, нередко лежат в основе школьной и/или социальной дезадаптации. Поэтому ранняя диагностика и своевременная коррекция нарушений психомоторного развития чрезвычайно важны [4,5]. Только детальная оценка психомоторного развития в течение первого

года жизни позволяет прогнозировать исход перинатальных поражений, а также наметить подходы к разработке эффективных методов лечения и реабилитации [1,5].

**Цель исследования:** провести в катамнезе оценку нервно-психического развития и исходов перинатальных поражений центральной нервной системы у детей первого года жизни с внутриутробной инфекцией.

**Материал и методы.** Работа выполнена на базе УЗ «Витебская городская центральная детская поликлиника» за период с 2009 по 2016 годы. Проводилась ежеквартальная оценка нервно-психического развития 76 детей, которых мы разделили на три группы, учитывая варианты реализации внутриутробного инфицирования (шкалы прогнозирования инфекции новорожденного в родах и постнатально Гнедько Т.В., 2007; Смирнова О.В., Стрельская О.В., Манчук В.Т., 2013): дети с реализовавшейся внутриутробной инфекцией (ВУИ) – 1 группа, дети с высокой и средней степенью риска реализации ВУИ – 2 группа и 3 группа – здоровые дети и дети с низким риском реализации ВУИ.

Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием программ STATISTICA v10,0. Статистический анализ полученных результатов исследования включал непараметрические методы так и непараметрические методы.

**Результаты и обсуждение.** Оценка нервно-психического развития проводилась по разработанной нами шкале оценки нервно-психического развития детей первого года жизни (Косенкова Е.Г., Лысенко И.М., Волчецкая С.П.).

По разработанной нами шкале можно проводить ежемесячную количественную оценку основных показателей нервно-психического развития у ребенка до года, которые оцениваются по четырех балльной системе (оптимальное развитие функции – 3 балла, ее отсутствие – 0 баллов) с учетом динамики нормального возрастного развития. Оптимальная оценка по шкале возрастного развития – 15 баллов.

На каждом возрастном этапе оценивается нервно-психическое развитие по следующим параметрам: грубая и тонкая моторики, речь или предречевое развитие, социальное поведение, сенсорные реакции. Мы оценивали нервно-психическое развитие детей в возрасте 1,3,6,9 и 12 месяцев.

При оценке 11-15 баллов на одном возрастном этапе можно расценивать как вариант возрастной нормы. Оценка 6-11 баллов свидетельствует о задержке развития. Группу детей с оценкой ниже 5 баллов составляют пациенты с тяжелой общей задержкой развития в результате органического поражения центральной нервной системы (таблица 1).

**Таблица 1. Показатели нервно-психического развития детей до одного года**

Группы	1 месяц	3 месяца	6 месяцев	9 месяцев	1 год
Дети с реализовавшейся ВУИ	9 [9,0;10,0]*	9 [8,0;10,0]*	10 [9,0;11,0]*	10 [9,0;11,0]*	10 [9,0;11,0]*
Дети с высокой и средней степенью риска реализации ВУИ	10 [9,0;11,0]**	10 [9,0;10,0]**	10 [10,0;12,0]**	11 [10,0;12,0]**	11 [10,0;13,0]**
Здоровые дети и дети с низким риском реализации ВУИ	12 [11,0;14,0]	13 [11,5;14,0]	12 [11,0;14,0]	12,5 [12,0;14,0]	13,5 [12,0;14,0]

Примечание: 1) \* –  $p < 0,05$  сравнение I и III группы; 2) \*\* –  $p < 0,05$  – сравнение, II и III группы

Из таблицы 1 видно, что при оценке суммы баллов в разные декретивные возраста у детей с реализацией внутриутробной инфекции отмечается задержка психомоторного развития по сравнению со здоровыми детьми и группы риска внутриутробного инфицирования.

Если рассматривать нервно-психическое развитие по основным линиям развития, то у детей первой группы чаще встречались отставание в развитие речи, тонкой и грубой моторики.

Для диагностики заболеваний нервной системы, проявляющихся специфической задержкой психомоторного развития, важное значение имеет оценка сопутствующих задержке развития

рологических и психопатологических синдромов. Ниже представлены основные синдромы (таблица 2).

**Таблица 2. Основные синдромы нарушения нервно-психического развития у детей первого года жизни**

Патология	Дети с реализованной ВУИ n=23	Дети с высокой и средней степенью риска реализации ВУИ n=25	Дети с низким риском реализации ВУИ и без нее n=28
Синдром гиперактивности	4	2	1
Синдром угнетения ЦНС	4	2	-
Синдром двигательных дисфункций	5	2	-
Синдром вегетативно-висцеральных дисфункций	3	1	-
Синдром минимальных мозговых дисфункций	1	1	1
Судорожный синдром	3	1	-
Психическое развитие соответствует норме	8	16	26

Часто встречались такие синдромы, как синдром гиперактивности, синдром двигательных дисфункций, синдром вегетативно-висцеральных дисфункций (таблица 2). В структуре психических нарушений у детей с ВУИ в возрасте до года доминирующее положение занимали такие синдромы, как гиперактивности и угнетения ЦНС (7,9% и 6,6%), а также синдром двигательных дисфункций (9,2 %). У 4 детей отмечалось смена синдрома угнетения ЦНС на синдром двигательных дисфункций.

**Выводы.** Выявленные отклонения в психомоторном развитии детей, перенесших ВУИ, подтверждают целесообразность пристального наблюдения невролога за пациентами группы риска по реализации ВУИ вне зависимости от наличия или отсутствия неврологической симптоматики при рождении. Такие младенцы нуждаются в ежеквартальных курсах реабилитации даже при незначительных нарушениях со стороны ЦНС.

#### **Литература:**

1. Пальчик, А.Б. Лекции по неврологии развития / А.Б. Пальчик. – М. : МЕДпресс, 2012. – С. 38–40, С. 96–98.
2. Кукушкин, Д.В. Факторы риска и структура задержек нервно-психического развития детей раннего возраста: возможности и перспектива диагностики на педиатрическом участке / Д.В. Кукушкин, Т.А. Кузнецова, Т.М. Нечаева // Педиатр. фармакология. – 2008. – Т. 5, № 6. – С. 26–29.
3. Журба, Л.Т. Нарушение психомоторного развития у детей первого года жизни / Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова. – М. : Медицина, 1981. – 175 с.
4. Володин, Н.Н. Актуальные проблемы неонатологии / Н.Н. Володин. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 448 с.
5. Структурные поражения головного мозга у новорожденных с врожденной инфекцией / Ю.И. Барашнев [и др.] // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2006. – № 2. – С. 10–13.

## **СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ – ПУТЬ К СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА**